

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 78

DU TRAITEMENT
DE L'ENDOMETRITE PUERPERALE
PAR UN DRAIN DILATEUR A DEMEURE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Février 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel BONNET

Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux de Grenoble

né à RIVE-DE-GIER (Loire) le 8 Septembre 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

DU TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE
PUERPÉRALE PAR UN DRAIN-DILATEUR
A DEMEURE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 78

DU TRAITEMENT
DE L'ENDOMETRITE PUERPERALE
PAR UN DRAIN DILATEUR A DEMEURE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Février 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel BONNET

*Externe des Hôpitaux de Lyon
Interne des Hôpitaux de Grenoble*

né à RIVE-DE-GIER (Loire) le 8 Septembre 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSE RAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOHEL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
U hopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. COMMANDEUR, *président*, M. COTTE *assesseur*
MM. TRILLAT et RHENTER, *agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME --- A MON FILS

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Témoignage de grande affection et
de profonde reconnaissance.

A MA GRAND-MÈRE

A MA SŒUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

PAUL BONNET

Elève de l'Ecole Dentaire

Caporal au 153^e Régiment d'Infanterie

Décoré de la Médaille Militaire et de la Croix de Guerre

Blessé mortellement au Mont Kemmel le 29 Avril 1918

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES JUGES

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HERMITE
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a donné le sujet de cette thèse
et qui n'a cessé de me témoigner sa
bienveillance et de m'aider de ses
conseils. Je suis heureux de pouvoir
lui exprimer ici ma profonde gratitude
et ma respectueuse reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT : HOPITAUX DE LYON

MM. L. M. BONNET, DURAND, SAVY, PÉHU,
BÉRIEL, J. CHALIER.

INTERNAT : HOPITAUX DE GRENOBLE

MM. CORNELOUP, DESTOURBET, PERRIOL,
HERMITE, PEYRIN, TRAVERSIER

DU TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE PUERPERALE PAR UN DRAIN-DILATEUR A DEMEURE.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu Anatomo-Pathogénique.

On peut considérer la nouvelle accouchée comme une blessée dont l'agent vulnérant aurait été le nouveau-né. Des plaies, des traumatismes ont été produits par le mécanisme normal de l'accouchement, parfois par des manœuvres opératoires, créant ainsi tout le long de la filière utéro-cervico-vagino-vulvaire, des portes d'entrée aux germes infectieux. Seule la plaie utérine retiendra notre attention au cours de cette courte étude et quel que soit l'organisme de la parturiente, elle sera la même : c'est une plaie physiologique.

Cette plaie formée, au niveau de la surface d'insertion placentaire, une zone saillante, striée par des dépressions plus ou moins profondes et tapissée par les plissements de la caduque utéro-placentaire. Dis-

position qui va faciliter, grâce à ces anfractuosités, la rétention de caillots ou de produits septiques, et, de ce fait, favoriser l'infection. Les vaisseaux déchirés par la délivrance se ferment : les artères se rétractent vite, les fibres musculaires étranglent les orifices des veines et lymphatiques en même temps que des caillots s'organisent pour les oblitérer.

Quant à l'aire membraneuse, elle se trouve, après l'expulsion des membranes, privée de son épithélium protecteur et, par suite, « elle peut, comme le dit Demelin, absorber du virus septique à peu près comme une zone dermique dénudée de son épiderme, quoique à un degré moindre que l'aire placentaire ».

Normalement, le sang, puis les liquides lochiaux, doivent s'écouler par le col mais fréquemment ce courant physiologique s'arrête. Une parésie de la vessie causée par un accouchement laborieux peut en être la cause. Cet organe se laisse distendre par une quantité exagérée d'urine qui ne se vide que progressivement d'où il résulte une pression sur le segment inférieur du col qui fait obstacle à l'écoulement lochial. C'est par un mécanisme à peu près semblable qu'agit la presque habituelle accumulation des matières fécales dans le rectum. Mais la cause principale, comme aussi la plus durable, c'est l'antéflexion de l'utérus consécutive au ramollissement du segment inférieur sur laquelle a insisté Demelin. Celle-ci, pour certains auteurs, serait encore favorisée par l'infection utérine. Gêné par ces nombreux obstacles, l'écoulement lochial s'arrête ou tout au moins se fait mal. Le vagin, riche en microbes sapro-

phytes et parfois pathogènes, n'étant plus balayé par ce flux lochial, il y a pullulation des bactéries qui gagnent l'utérus si elles n'y sont apportées déjà par des manœuvres septiques. Les lochies s'altèrent alors, les microbes se multiplient et attaquent la paroi utérine. Si des lambeaux de membranes, de placenta ont été retenus dans l'utérus, les risques d'infection sont augmentés.

C'est d'abord la muqueuse que ces bactéries ont à franchir et sur une coupe de l'utérus infecté nous trouverons la couche la plus superficielle de celle-ci infiltrée de microbes divers, et, au-dessous d'elle, une couche nécrosée en voie de dégénérescence vitreuse trouble. Derrière cette muqueuse, qui essaye d'empêcher l'envahissement de l'utérus, s'organise la résistance à l'invasion. Des cellules embryonnaires, des leucocytes sortent par diapédèse des vaisseaux pour venir constituer une barrière de défense. C'est l'endométrite localisée.

Mais cette barrière peut être incomplète, l'organisme n'ayant pas eu le temps de réagir assez tôt. Elle peut présenter des brèches produites par un curettage intempestif et trop apuuyé. Elle peut céder de suite sous la virulence trop grande du microbe. Enfin, elle est incapable de résister plus d'une huitaine de jours à l'attaque microbienne. Alors les bactéries vont envahir le muscle utérin lui-même, pénétrer dans les espaces lymphatiques et les sinus utérins. On a la métrite généralisée ou parenchymateuse. De là, ils vont gagner soit le revêtement péritonéal, soit les organes lymphatiques et les vaisseaux extra-utérins.

De cet aperçu anatomo-pathogénique bien imparfait, il découle qu'il faut respecter la barrière de défense constituée par les leucocytes, favoriser ou rétablir l'écoulement des lochies septiques par un drainage, puisque ce sont elles qui constituent en grande partie le milieu de culture où se développent les bactéries, causes de l'endométrite localisée et de ses graves conséquences possibles.

Il reste bien évident qu'en cas de rétention placentaire ou membraneuse la première indication sera de vider l'utérus par un curage ou curettage prudent, le drainage ne constituant plus qu'un temps complémentaire, si l'on est obligé d'y avoir recours.

CHAPITRE II

Historique des procédés de drainage employés en Obstétrique.

Ce n'est que dans la deuxième moitié du siècle dernier que l'on voit pour la première fois introduire par l'orifice cervical de l'utérus de la gaze, des tubes de caoutchouc, de verre, de métal pour évacuer au dehors les liquides ou exsudats septiques contenus dans sa cavité.

L'idée de drainage n'était cependant pas neuve puisque, avec Hippocrate, on se servait de tiges rigides en substances diverses comme agent de dilatation dans les cas d'atrésie du col pour faciliter l'écoulement des règles et combattre la stérilité.

Vers 1860, nous trouvons de nombreux drains employés aussi pour lutter contre la stérilité. Marion Sims décrit une tige métallique creuse imaginée par Greenbach ; Goghlan, un tube de feuilles de plomb. Wright, une tige à deux branches.

Mais ce n'est que de 1872 que date le premier traitement de la fièvre puerpérale par le drainage. Lan-

denbuch employa, à cet effet, la sonde d'un irrigateur et ce drain improvisé guérit la malade en quatre jours.

Ce résultat, ainsi que plusieurs semblables, ne fut publié par l'auteur qu'en 1878 (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynecologie*), alors que Fritsch, en 1876, avait déjà publié deux cas de guérison de fièvre puerpérale par drainage à l'aide d'un tube de caoutchouc et que d'autres cas avaient été publiés par Schédé.

Landenbuch employait deux tubes de caoutchouc fenêtrés d'une longueur de six centimètres. Il les introduisait, côte à côte, dans l'utérus en se servant pour cela d'un écraseur à plomb. Ainsi placés en canons de fusil, il les maintenait quelques minutes pour éviter leur expulsion par les contractions utérines. Par l'un de ces tubes, il pratiquait des lavages intra-utérins, le liquide ressortant par l'autre.

Fritsch se servait d'un tube de caoutchouc de vingt centimètres de long, fenêtré et renflé à l'une de ses extrémités. Après dilatation, le drain était enfoncé au fond de l'utérus. Un autre drain était placé dans le cul-de-sac postérieur du vagin. C'est par ce deuxième tube que l'auteur faisait des injections qui restaient vaginales.

Schedé employait une sonde en gomme percée de nombreux trous, qui était maintenue dans la cavité utérine par un tamponnement vaginal.

Weit, en 1879, s'est montré un des partisans les plus convaincus du drainage. Il le considère même comme l'unique moyen de traitement de l'endomé-

trite puerpérale et prétend qu'il suffit à lui seul pour nettoyer à fond et sans danger la cavité utérine. Il affirme avoir traité par drainage quatre cent cinquante infectées sans avoir observé le moindre accident, alors que sur quatre cents cas traités par les injections intra-utérines il dit qu'on aurait signalé dix fois des phénomènes graves dont quelques-uns mortels. Pour drainer, Weit se sert d'un tube de verre introduit dans la cavité utérine, celui-ci est maintenu en place par l'intermédiaire d'un bandage en T. Un drain de caoutchouc est placé dans le vagin, il sert à faire des lavages vaginaux.

Lagenbuck, en 1873, malgré les nombreuses objections qui prétendaient que de nouvelles infections pouvaient se faire par le tube de drainage, conseille de se servir de drains en caoutchouc qui seront fréquemment lavés avec des solutions d'acide phénique.

En 1886, Vuillet, de Genève, décrit un procédé pour dilater et drainer l'utérus dans les diverses variétés d'endométrite et dans la métrite puerpérale. Le col est d'abord dilaté par des bougies, des laminaires, puis l'utérus est bourré complètement à l'aide de tampons. Après quarante-huit heures, on fait un nouveau tamponnement après nouvelle dilatation, de telle sorte que l'utérus devienne une cavité conique à sommet correspondant au fond même de l'organe.

Milton, du Caire, en 1891, rapporte quelques observations d'endométrites traitées par un drain de sa conception. Son appareil, qui est en argent, ressemble par sa forme à une canule à trachéotomie qui serait bivalve. Il présente une coudure spéciale des-

tinée à suivre celle du canal utérin et un plateau concave pour recevoir les lèvres du col. Pour introduire ce tube, on le saisit avec une pince spéciale dont les branches s'engagent à travers deux orifices ménagés à cet effet dans le plateau. On rapproche les deux valves qui, normalement, ont tendance à diverger. Le tube pincé de cette façon est introduit dans l'utérus. Une fois en place, on retire la pince, les valves reviennent alors à leur écartement normal, ce qui assure la fixité de l'appareil, s'il faut en croire son auteur, et maintiennent le col béant. Le drain était laissé en place de huit à quinze jours.

Dans un article paru, en janvier 1890, dans *The American Journal of Obstetric*, Polk publie un traitement des métrites chroniques et aiguës blennorrhagiques et post-puerpérales par un drainage à la gaze iodoformée et lit à ce sujet un compte rendu à la Société Obstétricale de New-York soulevant ainsi de nombreuses protestations. En 1892, il modifie sa technique. « Il faut, dit-il, introduire les lanières de gaze en ayant soin de ne pas bourrer l'utérus et faire en sorte que la mèche dépasse à peine le col », ce qui diminuerait les douleurs et les chances de réinfections et faciliterait l'écoulement. De cette façon il ne draine pas à la fois l'utérus et le vagin. Ayant obtenu de meilleurs résultats, il s'attache de nombreux partisans au cours d'une nouvelle séance de la Société obstétricale.

La même année, Henry Garrigues, pour rendre plus commode l'emploi de la méthode de Polk, fait cons-

truire une pince spéciale incurvée comme un catheter d'urèthre d'homme.

Murray rapporte trois observations de métrites puerpérales traitées par le drainage. Les mèches ne sont introduites que dans la cavité cervicale, il ne met rien dans l'utérus. Il ajoute un tamponnement vaginal.

Sprigg se sert de lanières de gaze qu'il pousse au fond de l'utérus, laissant le bout inférieur sortir un peu du col. Sur la vulve, il place un tampon antiseptique.

Riddle Goffe traite quelques métrites puerpérales par la gaze iodoformée qu'il tasse surtout au niveau des cornes. Il fait aussi un tamponnement vaginal.

Bonnaire, en 1892, emploie un tube de caoutchouc de deux centimètres de diamètre, à parois épaisses et fenêtrées. Ce drain est poussé jusqu'au fond de l'utérus et dépasse le col de un centimètre. Un tamponnement vaginal sert à le maintenir. Il le prescrit dans les métrites puerpérales, mais ne cite aucun cas de son emploi. Plus tard, Bonnaire se servira d'un drain dont le principe est celui de la sonde Pezzer Malécot. Il est terminé soit par une sorte de capsule en tête de ténia, largement fenêtrée, qui se loge dans l'utérus; soit par quatre ailettes qui sont parallèles les unes aux autres lorsque le drain est saisi par une pince et qui s'écartent en croix dans la cavité utérine, c'est cette partie qui en assure la fixité.

En Russie, J.-M. Gouzařtchik publie devant la Société de Gynécologie et Accouchement de Saint-Pétersbourg (décembre 1895-février 1896) trente-cinq

cas d'endométrite post-puerpérale traités par le drainage à la gaze. Deux ans plus tard, il publie un article où il relate cent quinze cas d'endométrite traités par le drainage capillaire avec lequel il obtint cent quatorze guérisons. Après injections vaginales au sublimé, il nettoie le canal cervical avec du sublimé à 1/2000^e, puis la cavité utérine avec une solution à 1/1000^e. C'est après seulement qu'il introduit jusqu'au fond de l'utérus de la gaze iodoformée humectée d'une solution d'acide phénique à 2/100. Un tamponnement vaginal est placé. Chaque jour les mèches sont changées.

Boucharde, en 1897, cite un cas d'endométrite puerpérale traité par le drainage à la gaze. Lefour, de Bordeaux, utilise ce même procédé. Abel, de Berlin, en 1900, fait de même.

En 1901, Pozzi préconise un drain en croix dont la branche transversale sert à la fixité.

Raymond, dans sa thèse (Lyon, 1902) décrit un drain en anse dont Plauchu se servait depuis 1879 alors qu'il était interne à la Charité. Il s'agit d'un simple tube de caoutchouc dont le diamètre varie avec chaque utérus. Il est recourbé en forme d'anse dont l'une des branches est trois fois plus courte que l'autre. Ces deux branches sont soudées l'une à l'autre sur une hauteur de sept centimètres. Cet accolement se fait de façon à diviser le drain en trois parties, l'une formant une anse mesurant cinq centimètres de haut sur quatre de large, une partie médiane formée par les deux tubes accolés, une partie inférieure constituée par une seule branche. Le tube,

au niveau de l'anse, est fenêtré; une seule ouverture losangique existe sur le tiers supérieur de la petite branche, il n'y a aucune ouverture sur la branche unique. Ce drain est introduit à l'aide d'une pince à longs mors qui aplatit l'anse pendant qu'elle est poussée dans l'utérus. La pince retirée, l'anse reprend sa forme dans la cavité utérine et assure la fixité du drain, aidée par le point d'appui que prend la partie rétrécie au contact du col. La petite branche sort légèrement du col, la grande émerge de la vulve et permet l'irrigation de l'utérus.

Mouchotte, en 1902, imagine un drain métallique. Il se compose d'un tube de métal d'une longueur variable, en moyenne neuf centimètres, dont les parois ont été en grande partie évidées de telle sorte qu'il ne reste plus que quatre tiges plates à bords mousses et trois minces bracelets réunissant ces tiges aux deux extrémités et à leur partie moyenne. L'appareil est légèrement courbé dans le sens de la longueur, ce qui lui permet de s'accommoder à l'antéflexion de l'utérus. Six drains numérotés, comme les bougies de Hégar, de 9 à 16, sont suffisants dans la pratique. Le numéro de la bougie introduite à frottement léger indique celui du drain correspondant qu'il faut poser.

Ultérieurement, Mouchotte fit un nouvel appareil de même longueur et diamètre, mais formé de quatre tiges cylindriques réunies à leurs deux extrémités.

Ce drain s'introduit à l'aide d'une pince longuette qui saisit une des tiges un peu au-dessus de la partie moyenne. L'extrémité utérine du drain, qui a une

forme arrondie, est portée dans le col, on la pousse légèrement, puis la pince, lâchant la tige, saisit l'anneau basal qu'elle enfonce. Le drain se maintient en place grâce à son introduction à frottement léger. Deux injections intra-utérines sont faites chaque jour; l'une le matin alors que l'on change le drain, l'autre le soir, à travers le drain lui-même.

Weitherill, en 1903, draine les utérus à l'aide d'une sonde à double courant en même temps qu'il fait de nombreuses injections intra-utérines.

Clément, dans sa thèse (Paris, 1907), signale un drain employé par Lemaître, de Dunkerque. Il se compose d'un ressort à boudin dont les spires très serrées à la partie inférieure forment une sorte de tube. En haut, elles se relâchent pour se terminer par une coupole fenêtrée.

Pollock, de New-York, fit à Londres, au 17^e Congrès international de Médecine, le 9 août 1913, une communication sur le traitement de l'infection puerpérale par le drainage de l'utérus obtenu par la position de Fowler combinée à l'emploi de la pituitrine, de l'ergotine, des vessies de glace.

En 1916, à Lariboisière, Demelin traite l'infection utérine par l'irrigation continue pendant deux ou trois heures et intermittente au Dakin, joignant ainsi une sorte de lavage intra-utérin à un procédé de drainage : une compresse de gaze est cousue à l'extrémité d'une sonde de Nélaton en respectant les yeux de la sonde, puis enroulée lâchement autour d'elle, formant ainsi un rouleau du volume d'un index. Ce rouleau trempé dans le Dakin est introduit

dans l'utérus de telle sorte que quelques centimètres de la sonde restent visibles à la vulve. Douze heures après on fait une injection de liquide antiseptique par la sonde. Le lendemain la mèche est remplacée par une autre.

Demelin, dans la thèse de Gailot (Paris, 1917), draine l'utérus en corrigeant l'antéflexion de cet organe qu'il considère comme constante dans le post-partum. Cette correction est obtenue par la position dite inverse que l'on fait prendre à l'infectée une heure par jour. Pour cela, on soulève les pieds du lit, on les pose sur deux chaises hautes de 42 centimètres environ. Au besoin, deux briques interposées entre les pieds du lit et la chaise augmentent l'inclinaison. En moyenne une inversion de 25° est suffisante. Comme adjuvants, Demelin emploie sa méthode préconisée en 1894 pour corriger l'antéflexion utérine. Des boules ou pelotes de la grosseur d'un poing à celle d'une mandarine sont fabriquées au moyen de bandes de toile enroulées sur elles-mêmes. Elles sont placées sur la paroi abdominale au niveau de la face antérieure du corps de l'utérus et maintenues par une ceinture abdominale. Elles servent à fixer l'utérus dans la position rectifiée par l'inversion,

En 1920, Trillat utilise le drain Plauchu et fait de l'irrigation discontinue au Carrel Dakin toutes les deux ou trois heures.

Anderodias, dans Gynécologie et Obstétrique, publie, en 1921, les résultats obtenus par trois années de traitement des infections utérines puerpérales par

les injections discontinues au Carrel Dakin. Il se sert d'une sonde urétrale en gomme qu'il introduit dans l'utérus en se servant de deux valves et d'un spéculum, pendant qu'un aide redresse cet organe à travers la paroi abdominale. La sonde à demeure est maintenue en place, soit en la collant à la cuisse à l'aide de leucoplaste, soit à l'aide d'une bande de gaze qui la fixe au bassin par un spica. Un tube raccord en verre met en communication la sonde avec le tube de caoutchouc qui amène le liquide. Toutes les deux heures le jour, toutes les trois heures la nuit, un aide laisse couler lentement de 40 à 50 centimètres cubes de Dakin. L'amélioration est obtenue du deuxième au huitième jour.

La même année, Raymond Petit fait de l'irrigation discontinue au Dakin en introduisant dans la cavité utérine autant de drains de Carrel que l'on peut en faire rentrer. Ces drains sont maintenus à l'aide d'un tamponnement en lanière non tassé, et sortent de la vulve de dix centimètres, un raccord de verre les met en communication avec un siphon de Tuffier.

En 1922, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger, Cabanes décrit un drain sonde employé par lui dans l'infection puerpérale. C'est un appareil en caoutchouc assez dense pour ne pas se laisser écraser. Il est composé d'un tube central creux, long de 40 centimètres, fermé sur 15 centimètres de hauteur depuis son extrémité supérieure. Huit cloisons ou ailettes flexibles sont fixées à ce tube formant ainsi des rigoles. A leur extrémité supérieure existe un petit orifice qui les met en communication avec

le tube. La fixité de cet appareil en serait assurée grâce à la flexibilité des ailettes, mais il est parfois nécessaire, dit l'auteur lui-même, de le caler dans le vagin à l'aide de compresses pour l'empêcher de tomber. Par le tube central on peut pratiquer des lavages.

En résumé, les procédés de drainage peuvent se diviser en cinq grandes classes :

- 1° Drainage à la gaze ;
 - 2° Drainage par tube de caoutchouc ;
 - 3° Drainage par tube métallique ;
 - 4° Drainage par modifications d'inclinaison de l'infectée ;
 - 5° Drainage combiné à l'irrigation discontinue de la cavité utérine par la méthode de Carrel Dakin plus ou moins modifiée.
-

CHAPITRE III

Critique des divers procédés de drainage.

Dans un historique, forcément incomplet, nous venons d'étudier les différents procédés de drainage employés jusqu'à nos jours dans le traitement de l'endométrite puerpérale. Si l'idée de drainer un utérus infecté est excellente, les méthodes employées à cet effet ne sont pas toujours exemptes de critiques comme nous allons essayer de le montrer.

I. — DRAINAGE A LA GAZE

Ce procédé de drainage est tout à fait insuffisant et doit être proscrit dans le traitement de l'endométrite puerpérale. Comme l'écrivait déjà Wylie, la gaze, loin de favoriser l'écoulement du pus, fait tampon et produit une rétention purulente et même, selon Balls, ce pus cherchant une voie de sortie pourrait refluer jusque dans les trompes, propager l'infection à ces organes et déterminer une péritonite.

En effet, la gaze peut bien drainer des liquides clairs, mais dans l'endométrite puerpérale, les sécré-

tions sont épaisses, boueuses, elles imbibent les lanières, leur enlevant leurs propriétés de capillarité, elles les épaississent et c'est un véritable bouchon que l'on a au niveau du col. Le drainage, tel que le faisait Polk, était un progrès en ce sens que la rétention était peut-être moins à craindre, mais le drainage restait insuffisant.

Certains auteurs, Polk lui-même, ajoutent encore un tamponnement vaginal, et, si la mèche utérine avait pu faire office de drain, c'est la gaze vaginale qui aurait été l'agent de rétention. De plus, ces pansements sont à renouveler tous les jours, ajoutant alors des chances de nouvelles infections à la rétention que nous venons de signaler.

II. — DRAINAGE AVEC TUBES DE CAOUTCHOUC

Il s'agit là d'un réel progrès sur le drainage à la gaze, mais ce procédé présente aussi ses inconvénients. Leur surface externe est glissante et, par suite, ils ont une grande tendance à être expulsé par la tonicité du muscle utérin. Aussi les auteurs se sont-ils attachés à trouver des moyens de fixité. A cet effet, certains placent des tampons vaginaux. Si le drain s'arrête à l'orifice externe du col, on retombe dans l'erreur précédente, le tampon vaginal obturant l'orifice du col et ne drainant pas. Si le drain franchit l'orifice vulvaire, il est, soit comprimé dans son trajet vaginal, soit coudé à l'orifice du col et le drainage est alors illusoire. D'autres veulent un point d'appui utérin d'où la création de drains à tête de ténia, de drains en croix. L'utérus est capable, par ses contrac-

tions, de réduire ce point d'appui et d'expulser cette partie saillante dans sa cavité comme il le ferait d'un débris placentaire et le cas est fréquemment relaté dans les observations. En outre, ces drains qui affluerent seulement l'orifice interne du col sont incapables de lutter contre l'antéflexion facteur de rétention. Le drain Plauchu a moins de chance d'être expulsé et peut lutter, tout au moins dans une certaine mesure, contre cette flexion utérine.

Ces tubes de caoutchouc remplissent-ils bien leur mission ? Fritsch, Pozzi accusent les mucosités trop épaisses de boucher la lumière de ces drains. Nous avons vu souvent, en effet, qu'il s'agisse de drainage obstétrical ou de drainage chirurgical, que la lumière des tubes était obstruée par d'épaisses sécrétions. Au niveau d'une incision chirurgicale le pus se fraie alors passage entre le drain et les lèvres de la plaie; en est-il de même au niveau du col, c'est douteux ; en tous cas, le drainage ne se fait plus d'une façon parfaite.

Si l'on emploie des tubes de caoutchouc ordinaire, ils se coudent, s'aplatissent au niveau de l'isthme utérin, favorisant la rétention en amont. Si l'on emploie comme Bonnaire des tubes épais, les coutures sont moins sensibles à condition toutefois qu'ils ne soient que peu fenêtrés ou que les fenêtres soient très petites, mais alors le pus, que l'on sait épais, se draine mal.

Certains auteurs pratiquent des injections intra-utérines par l'intermédiaire du drain qui est resté en place. Si cette injection agit par l'irrigation des lé-

sions de l'utérus, par l'apport d'une substance antiseptique, elle agit aussi en désobstruant le tube et en redressant partiellement les coudures, devenant ainsi une condition du drainage. Mais alors se dressent devant nous les accidents de l'injection intra-utérine : la pénétration du liquide dans le péritoine par l'intermédiaire des trompes est rare, la pénétration dans les veines de l'utérus a été observée, des phénomènes d'inhibition, dont plusieurs avec mort subite, ont été signalés.

Quant au drain tout récent de Cabanes, d'Alger, il semble de prime abord que les ailettes soient trop nombreuses, par suite les rigoles trop étroites pour bien drainer des sécrétions épaisses, mais nous ne connaissons pas assez ce drain sonde pour en parler davantage.

III. — DRAINAGE PAR TUBE MÉTALLIQUE

Les drains en verre (Weit) présentent les mêmes inconvénients que les drains métalliques et, de plus, sont fragiles ; ils peuvent de briser et amener de graves complications.

Le drain d'argent de Milton est un moyen ingénieux mais un peu trop complexe et le contact prolongé d'une surface métallique avec le col peut amener des lésions des parois. En outre, la tonicité du col agit sur le système d'écartement des valves et tend quelquefois à les rapprocher, obturant ainsi la lumière du tube et parfois en amenant sa chute.

Le plus employé est le drain métallique de Mou-

chotte. Si celui-ci écarte les parois utérines et par ses larges fenêtres laisse au pus un écoulement facile, continu et sans obstacle, il est cependant passible de plusieurs objections. Il doit tenir seul en place et, pour cela, entrer à frottement dans le col ; or, comme il est en métal, la pression qu'il exerce sur les parois n'est pas exempte de danger. De plus sa fixité n'est pas suffisante et si l'on n'observe pas plus souvent l'expulsion de ce drain, c'est que Mouchotte fait chaque jour des lavages intra-utérins, ce qui permet de le replacer chaque fois s'il est partiellement sorti. En outre, il faut tout un jeu de drains, six sont nécessaires dans la pratique courante, dit son auteur.

Nous ferons remarquer que tous ces différents drains ont un point d'appui utérin alors que la fixité de notre drain dilatateur est due au releveur et aux branches ischio-pubiennes.

IV. — DRAINAGE PAR MODIFICATIONS DE L'INCLINAISON DE L'INFECTÉE

La position de Fowler trouve ses indications dans la chirurgie générale, mais elle ne paraît pas être utile au drainage de l'utérus infectée. Elle paraît même dangereuse, car elle est susceptible d'exagérer l'antéflexion, de produire une rétroflexion ou rétroversion et, par suite, de faire obstacle à l'écoulement des lochies septiques.

La position dite inversée, étudiée par Demelin et Gailot, est plus logique et contribue certainement à faciliter l'écoulement des lochies, mais n'est-elle pas

fatigante pour les malades qui doivent être très dociles ? De plus, elle est contre-indiquée chez les accouchées atteintes d'obésité, d'asthénie cardiaque, d'emphysème pulmonaire, d'ascite.

Goilot n'a jamais remarqué d'accidents, mais on a attribué, à la position inversée, des paralysies des membres supérieurs et inférieurs tronculaires et radiculaires, des dilatations forcées du cœur, des hématomèses et la pénétration du contenu stomacal dans les voies aériennes. Quant aux boules fixées au-dessus de la symphyse, elles demandent à être très correctement placées, car elles pourraient exagérer la flexion au lieu de la corriger ; elles sont trop mobiles, changent fréquemment de place soit pendant les mouvements, soit pendant le sommeil.

En outre, si ce procédé corrige l'antéflexion, il n'agit pas sur le col qui demande à être maintenu suffisamment béant.

V. — DRAINAGE COMBINÉ A L'IRRIGATION CONTINUE OU DISCONTINUE PAR LA MÉTHODE CARREL DAKIN

Quelles que soient les modifications apportées par les auteurs à cette méthode, elle constitue un excellent traitement de l'endométrite. Malheureusement son emploi présente trop de difficultés pour qu'elle puisse passer dans la pratique courante.

CHAPITRE IV

Le Drain Dilatateur.

1° *Description*

Le drain dilatateur imaginé par le docteur Hermite, accoucheur des hôpitaux de Grenoble, et dont nous nous servons pour le drainage des utérus infectés, se caractérise par ce fait qu'il doit sa fixité à un point d'appui vaginal et non pas utérin. Il se compose d'un simple fil d'acier recouvert de caoutchouc. Il a la forme d'un V renversé dont les deux extrémités, rejetées d'abord en dedans de un centimètre environ, se recourbent ensuite en spirale formant ainsi comme deux méplats. Les extrémités arrondies évitent le traumatisme des parties molles sur lesquelles le drain va reposer et permettent la préhension de l'instrument lors de son introduction et de son extraction.

La longueur du drain dilatateur est de dix centimètres dont sept pénètrent dans le col, longueur suffisante pour permettre de lutter efficacement contre l'antéflexion en s'opposant à la chute en avant de la face postérieure de l'utérus. Cependant, au cours de

l'application de cet instrument dans le service de M. le professeur Potocki, il a paru préférable, pour assurer un drainage plus efficace et une fixité plus parfaite, d'augmenter de 1 centimètre et demi la longueur de cet appareil. Nous croyons devoir faire remarquer que c'est avec l'instrument primitif que nous avons obtenu les résultats relatés dans les observations faites à l'hôpital de Grenoble.

L'angle du V mesure 30 degrés environ, l'écartement des deux branches au-dessus des parties recourbées est de 3 centimètres et demi, ce qui permet le maintien d'une béance suffisante du col. Les extrémités des branches sont séparées par un espace mesurant 6 centimètres environ.

En outre, les branches du V présentent une courbure sur le plat destinée à faciliter son introduction. Cette courbure étant à concavité antérieure, la partie supérieure du V épouse l'inclinaison de la face postérieure de l'utérus qui vient se poser sur elle, réduisant ainsi au minimum une cause possible de traumatisme local.



2° Technique de la mise en place

Pour introduire le drain dilatateur, placer l'infec-tée sur le bord du lit dans la position obstétricale. Deux aides maintiennent fléchies les jambes de la femme. Un spéculum ouvert, type Collin, est intro-duit dans le vagin. La lèvre antérieure du col est saisie et fixée par une pince de Musseux que l'on confie à l'un des aides. On enlève alors le spéculum.

Si le col n'est pas suffisamment dilaté, des bougies de Hégar, une dilatateur à trois branches amèneront une dilatation dépassant légèrement deux francs. Si l'utérus contient encore des débris ovulaires, les en-lever avant de placer le drain.

L'index et le médius de la main gauche dépriment alors le périnée. L'instrument est saisi par l'index et le pouce droit au niveau des méplats formés par les spirales. L'angle du V diminue sous l'influence des doigts qui rapprochent l'un de l'autre les deux mé-plats. Le drain dilatateur est présenté au museau de tanche, la concavité de ses branches regardant la symphyse pubienne. Il est poussé dans le col. Lorsque la moitié environ de l'appareil a franchi l'orifice externe, on enlève la pince de Musseux et l'on refoule la base de l'instrument et le col le plus loin possible. Pendant ce mouvement, le drain achève de s'intro-duire de lui-même comme avalé par l'utérus. Par leur élasticité, les branches introduites pincées repren-ent leur divergence normale. Une fois en place, le drain repose sur les fibres les plus internes du rele-veur de l'anus et, par leur intermédiaire, sur les

parties les plus reculées des branches ischio-pubien-
nes qui le calent en avant.

Comme l'on peut s'en rendre compte, son introduction est facile et c'est la seule intervention que l'on ait à faire, réduisant ainsi au minimum les manœuvres utérines toujours susceptibles de créer des infections secondaires, malgré toutes les précautions aseptiques.

3° Soins consécutifs

Tant que l'appareil restera en place, faire des lavages vulvaires bi-quotidiens. Si l'écoulement des lochies est abondant, il est bon de pratiquer chaque jour un ou deux lavages vaginaux sous faible pression. Si la chute de température ne se produisait pas vers le deuxième ou troisième jour au maximum ou si la température qui était descendue a tendance à remonter, ce qui est rare, s'assurer que le drain est bien placé et le reposer si besoin est.

4° Extraction du drain

Ce n'est que lorsque la température se sera maintenue normale pendant deux ou trois jours et que l'écoulement des lochies ne sera plus purulent et odorant que l'on sera autorisé à enlever le drain dilateur. Pour ce faire, introduire l'index et le médius dans le vagin, pincer les deux méplats et tirer sur l'instrument qui vient avec facilité. Il peut se faire que la température s'élève de quelques dixièmes de degré, ne pas s'en inquiéter si cette ascension ther-

mique ne persiste pas. Dans le cas contraire, replacer le drain.

5° Le drain dilateur dans les infections post-abortum

Dans les infections post-abortum nous avons rarement eu l'occasion d'employer cet appareil, mais chaque fois nous avons obtenu les mêmes heureux résultats. Si l'on est assuré que l'utérus est vide, la technique de l'emploi du dilateur est la même. S'il y a rétention, la première indication est de vider l'utérus et bien souvent ce premier temps seul suffit. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'infection ne cédant pas, nous avons placé les jours suivants un drain dilateur qui a rapidement amené un amendement de tous les symptômes.

6° Avantages du drain dilateur

Les avantages du drain dilateur sont nombreux. Ce sont d'abord ceux de tout drainage sur lesquels nous n'insisterons pas. En cas d'infection, l'utérus est une cavité où il se produit une rétention de pus plus ou moins favorisée par une antéflexion. Le drainage, favorisant l'écoulement à l'extérieur de ce pus, épuise l'infection qui ne trouve plus dans ce milieu de culture la source d'une nouvelle énergie.

Grâce au drain dilateur, c'est par un moyen pour ainsi dire doublement physiologique que ce drainage est assuré. C'est le col lui-même qui forme le drain, le dilateur ne faisant que favoriser sa béance. C'est

l'utérus lui-même, maintenu en bonne position par l'appareil, qui draine vers le col situé au point le plus déclivé les produits septiques.

De plus, d'un maniement extrêmement facile comme nous l'avons montré plus haut, il peut être employé par tous et partout. Il ne demande qu'une surveillance indirecte puisque c'est l'écoulement purulent et surtout la feuille de température qui nous disent si le drain remplit bien son rôle. Il est inutile de pratiquer des lavages intra-utérins qui, s'ils sont faciles et toujours aseptiquement faits à l'hôpital, sont difficiles et toujours longs à faire dans la clientèle éclairée des villes et deviennent presque impossibles à la campagne.

Les manœuvres utérines, souvent traumatisantes pour l'utérus, souvent causes de nouvelles infections, sont ici réduites au minimum. Le drain, bien soutenu par les releveurs et les branches ischio-pubiennes, reste en place malgré les mouvements de la malade qui peut s'asseoir sur son lit ; une de nos infectées a même pu se promener plusieurs jours sans que le dilatateur sorte du col. Une seule fois nous avons constaté l'expulsion spontanée du drain, encore faut-il mentionner que, dans ce cas, une injection vaginale faite par une main inexpérimentée a pu jouer un rôle tout au moins dans une certaine mesure. D'ailleurs cet accident serait peu grave, une élévation de température indiquerait vite que le drainage se fait mal et la reposition du drain se ferait immédiatement.

La seule objection, semble-t-il, que l'on puisse faire

à ce procédé de drainage est l'action traumatisante que peut exercer le drain par son armature métallique. Rien ne nous a permis de soupçonner une lésion utérine. Malgré la pression excentrique qu'il exerce, le drain n'a jamais produit de lésions au niveau du col, même après un séjour prolongé. L'infectée, dont il est question dans l'observation n° XI, a conservé son drainage pendant trente jours, c'est-à-dire longtemps après sa guérison, et nous n'avons pas observé de lésions au niveau des points de contact du drain avec le col et les parois vaginales. On peut attribuer cela à son revêtement caoutchouté protecteur et à son élasticité même. Les extrémités en spirale sont celles dont l'action traumatisante est le plus à craindre puisque c'est à ce niveau que se fait le point d'appui. Nous avons eu l'occasion d'observer des lésions assez importantes produites par des tiges de laminaire au niveau de la paroi postéro-inférieure du vagin, même après un séjour de courte durée dans le col, alors que nous n'avons jamais remarqué de lésions consécutives à l'emploi du drain. Nous expliquons cela par la forme arrondie des extrémités, par l'appui bilatéral et non plus médian comme la laminaire et par une plus grande surface d'action. Cependant, dans le cas relaté dans l'observation n° XVIII, il existait un point légèrement sphacélé au niveau d'un contact avec le col mais, dans ce cas, on avait eu beaucoup de peine à introduire l'appareil dans le col qui aurait dû être préalablement dilaté.

CHAPITRE V

Indications du drain dilatateur et aperçu clinique de l'endométrite puerpérale.

Le drainage de l'utérus ne constitue pas le traitement de l'infection puerpérale ; ce n'est que dans les cas bien définis d'endométrites qu'il donne de bons résultats.

Il est bien évident que les infections localisées à la vulve, au vagin, au col ne bénéficieront, en aucune façon, du drainage. L'introduction d'un drain ne serait pas exempte de danger, une infection utérine pourrait même en être la conséquence.

Lorsque l'infection utérine a franchi la muqueuse, le drainage devient insuffisant. C'est d'abord à l'hystérectomie qu'il faudra s'adresser si l'infection n'a pas encore dépassé les bornes de l'utérus et sans pour cela négliger le traitement général. C'est ensuite à ce traitement anti-infectieux qu'il faudra recourir en mettant en jeu toutes les ressources, malheureusement bien insuffisantes encore, que la thérapeutique

nous offre : abcès de fixation de Fochier, sérum anti-streptococcique, solloïdaux.

Seule l'endométrite bénéficiera donc du drainage. Drainage employé à l'exclusion de tout autre thérapeutique locale ou générale si l'utérus est vide de débris placentaires, de lambeaux de membranes importants. Drainage employé comme deuxième temps s'il a fallu d'abord évacuer par curage ou curettage des débris ovulaires. S'il s'agit d'infection post-abortum, il est rare qu'une rétention ne soit pas en cause, le traitement de celle-ci suffit le plus souvent, le drainage n'est employé que si les phénomènes d'infection persistent.

A quels signes reconnaitrons-nous cette endométrite puerpérale ?

Localement, le corps utérin est plus gros qu'il ne devrait l'être pour une date déterminée, la régression ne s'est pas faite. Rarement il est douloureux spontanément, plus souvent on le trouve étalé, flasque, mal limité, fuyant sous la main qui l'explore. Il est légèrement douloureux à la pression, surtout au niveau des cornes, du fond, des bords. Fréquemment il est en antéflexion.

Les lochies peuvent être supprimées ou diminuées, il n'est pas rare alors qu'en corrigeant l'antéflexion utérine on fasse apparaître un flot de lochies à la vulve. Parfois elles sont, au contraire, plus abondantes. Elles peuvent charrier des débris variés : caillots, fragments de membranes, cotylédons. Leur couleur varie, tantôt d'un gris purulent, tantôt d'un rouge

sale et jaunâtre, tantôt brunâtre comme du mœlena. Presque toujours leur odeur est altérée.

L'examen des organes génitaux montre l'absence ou la présence et l'aspect de plaies du col, du vagin ou de la vulve. Le col reste perméable, toutes les fois qu'il est possible d'introduire un ou deux doigts dans l'orifice interne, après le troisième jour des suites de couches, on doit penser à l'infection utérine.

Le toucher intra-utérin sera pratiqué seulement lorsqu'une rétention de débris placentaires ou membraneux sera soupçonnée. La main gauche reconnaît, abaisse, et maintient le fond de l'utérus pendant que l'index et le médius droits explorent l'endomètre.

Mais c'est surtout le pouls et la température qui nous donnent l'éveil. Ces deux symptômes varient essentiellement avec la nature de l'agent infectieux, la résistance du terrain et la réaction de l'organisme.

En général, c'est du troisième ou cinquième jour que la température s'élève brusquement à 38°-39°. Parfois c'est une ascension en lysis que l'on observe, parfois une température tout à fait irrégulière, plus rarement des poussées successives de température, chacune de ces poussées s'accompagnent d'un petit frisson. Le pouls marche, en général, de pair avec la température avec une courbe de pulsations supérieure ou inférieure à la courbe thermique.

L'appareil digestif est peu touché, tout au plus note-t-on de l'anorexie. La céphalée est presque la règle. Des courbatures, de l'agitation sont fréquentes. Plus rare est l'apathie. Parfois dyspnée toxique. Les

urines sont celles des fébricitants : peu abondantes, troubles, hautes en couleur.

Tel est le tableau clinique de l'endométrite puerpérale. Est-il possible de dire à quel moment l'infection franchit la barrière leucocytaire pour envahir la musculature, rendant ainsi illusoire l'action du drainage. Cliniquement, il est assez difficile de se rendre compte de cette invasion du muscle, de ce pas en avant que fait l'infection. Cependant nous savons que la barrière leucocytaire ne résiste guère plus d'une huitaine de jours à l'assaut des germes infectieux ; donc, en présence de toute infection ayant persistée au-delà d'une semaine, il est permis de penser que l'endomètre n'est plus seul en jeu. Un curage, un curettage intempestif et trop appuyé peut même réduire ce laps de temps grâce aux brèches qu'il a créées dans la zone granuleuse. D'autres indices sont encore en faveur du progrès de l'infection. Tels sont la raréfaction des lochies lorsqu'on ne trouve aucun obstacle pour l'expliquer et la tendance que présente l'orifice interne à se refermer bien que les signes généraux persistent.

Il est facile de dire que l'infection a franchi les limites de l'utérus lorsque l'on constate des signes de salpingo-ovarite, de phlegmon du ligament large, de lymphangite, de phlébite, de péritonite, de pleurésie, d'endocardite et si l'hémoculture est positive.

Comme nous le disions plus haut, seul l'endométrite puerpérale peut bénéficier d'un bon drainage.

Celui-ci est-il toujours nécessaire ? Nous n'osons l'affirmer, ayant eu l'occasion de constater fréquem-

ment de petites infections puerpérales localisées à l'utérus s'accompagnant des principaux symptômes de l'endométrite, d'une température oscillant entre 38°-38°5 et ayant cédées au bout de six à sept jours sans aucun traitement. Mais nous croyons cependant que chaque fois que le diagnostic d'endométrite est nettement posé, il est prudent d'instituer notre drainage. Celui-ci n'offre aucun danger. Il s'oppose certainement à une atteinte plus profonde du muscle utérin, à une localisation extra-utérine ou à une généralisation et l'évite peut-être. En tous cas il abrège sûrement la durée de cette infection si l'on admet que celle-ci ait guéri spontanément.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

(Service de M. le Docteur HERMITE, Grenoble)

1° Observations publiées antérieurement dans le *Dauphiné Médical* :

OBSERVATION I

M^{me} V..., accouchement le 19 novembre 1921, la température monte le troisième jour à 37° 9 ; le quatrième jour à 38° le matin, à 38° 5 le soir. Le cinquième jour 39° 1. On place le drain dilatateur à demeure. Le soir, température 40°, le lendemain au soir, 38° 5. Le jour suivant la température tombe à la normale et tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION II

M^{me} F..., accouchement le 24 novembre. A partir du quatrième jour la température oscille entre 37 et 38° 3 ; plateau à 38°. Cette température n'ayant aucune tendance à baisser, on place au neuvième jour seulement un drain dilatateur. La température tombe définitivement le lendemain.

OBSERVATION III

M^{me} P..., accouchement le 18 décembre. Température à 39° le matin du quatrième jour. Le drain est placé. Le soir 40° 1.

Pendant deux soirs 38°. La température est normale ensuite.

OBSERVATION IV

M^{me} X..., accouchement le 5 janvier 1922. Le 7 au soir, température 37° 9. Le 8 au soir, 38° 5. Le 9 au matin, 38° 4. Drain fixe. Le 10 au matin, 37° 6 ; soir, 39°. Le 11, 37° 9 le soir. La température est normale ensuite.

2° Observations inédites et personnelles :

OBSERVATION V

M^{me} C..., accouchée le 6 janvier 1922. Hemorragie pendant le travail. Dégagement en O-S. L'enfant ne vit pas.

Le troisième jour 38° 4 le soir.

Le quatrième, au soir, 38° 8, pouls à 110. Utérus douloureux à la pression. Des lochies fétides s'écoulent en abondance quand on redresse l'antéflexion. Déchirure du périnée n'ayant pas mauvais aspect. *On place le drain.*

Le cinquième jour, matin, 38° ; soir, 38° 4, pouls à 100.

Le sixième jour, matin, 38° ; soir, 38°, pouls à 100.

Le septième jour, température et pouls normaux.

OBSERVATION VI

(*Voir tracé thermique.*)

M^{me} G..., entrée aux douleurs, accouche le 17 février 1922. Petite hémorragie après la délivrance. Tamponnement vaginal.

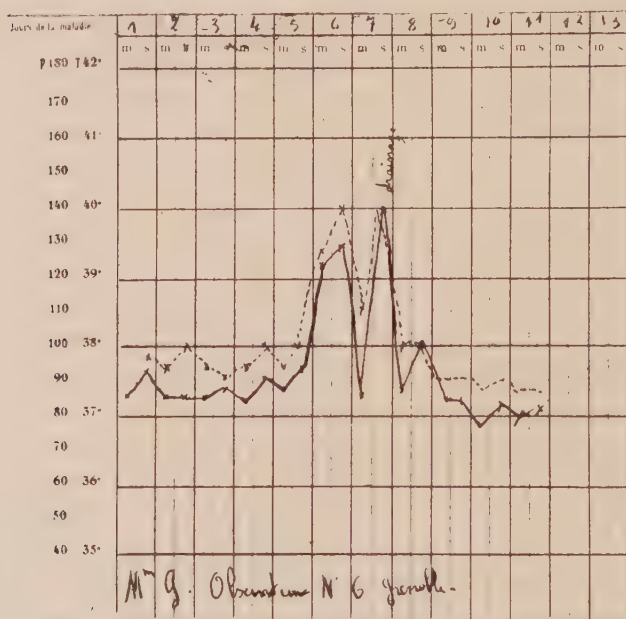
Le sixième jour, brusquement, la température s'élève à 39° 2 le matin, le soir 39° 5 ; pouls à 140. Les lochies, d'aspect normal, sentent un peu.

Le septième jour, matin, 37° 3, pouls à 110 ; soir, 40°, pouls à 140. *On met le drain* après avoir un peu dilaté le col.

Le huitième jour $37^{\circ} 4$ le matin, pouls à 100 ; 38° le soir, pouls à 100.

Le neuvième jour la température est normale.

Le drain n'est enlevé que le dix-neuvième jour.



OBSERVATION VII

M^{me} J..., 17 ans. Accidents de la grossesse : anémie. Accouchée le 21 février 1922. Le soir même 38° , pouls à 130.

Le premier jour 38° au matin, puis température normale sauf le deuxième jour au soir où la température s'élève à $39^{\circ} 5$.

Le cinquième jour, au soir, $38^{\circ} 5$, pouls à 120.

Le sixième jour $38^{\circ} 5$ matin et soir, pouls à 120. Les lochies sont légèrement jaunâtres, un peu fétides et rares ; la pression sur la face antérieure de l'utérus en facilite la sortie. Canal vagino-vulvaire sans lésion. On place le drain après légère dilatation du col.

Le septième jour, matin, 37° 8 ; soir, 37° 4, puis température normale.

OBSERVATION VIII

M^{me} B..., accouchée le 24 février 1922.

Le 26, au soir, 38°.

Le 27, matin, 37° 2 ; soir, 38° 2.

Le 28, matin, 37° 4 ; soir, 38° 7, pouls à 100. Lochies nettement fétides et sales. Petite plaie vulvaire au niveau de la fourchette. Utérus un peu gros et douloureux.

1^{er} mars, matin, 37° 5, pouls 90. *On place le drain* après légère dilatation du col. Le soir, 38° 4, pouls à 100.

Le 2 mars, matin, 37° 8 ; soir, 38°.

Le 3, matin, 37° ; soir, 38°.

Le 5, poussé de température à 40° sans qu'on trouve de cause, puis tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION IX

(*Voir tracé thermique.*)

M^{me} Ch..., accouchée le 20 avril 1922.

Le quatrième jour, au soir, la température s'élève à 38° et par des oscillations ascendantes atteint 39° 4 le soir du septième jour. Le pouls est à 135. Les lochies rares sont jaunâtres et nauséabondes. Utérus gros, douloureux. Col légèrement déchiré sur la lèvre antérieure à gauche, cette plaie est recouverte de plaques grisâtres. La pression sur l'utérus fait expulser des lochies jaunâtres. *Le drain dilatateur est placé.*

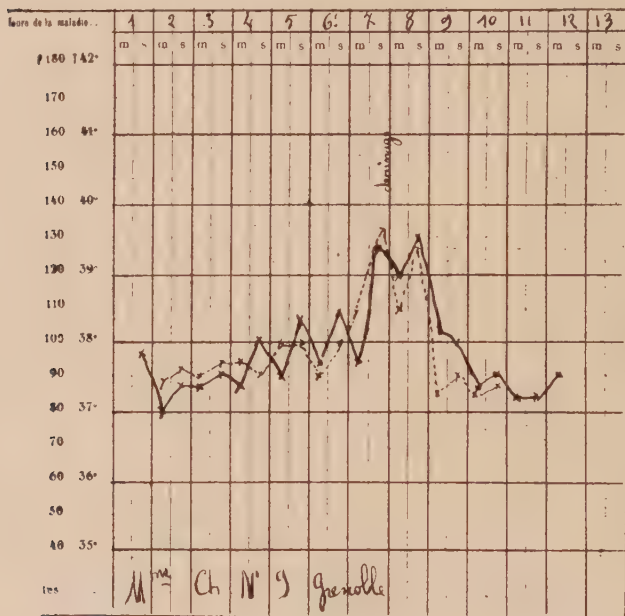
Le huitième jour, matin, 39°, pouls à 110 ; soir, 39° 6, pouls à 130.

Le neuvième jour, matin, 38° 2, pouls à 84 ; soir, 38°, pouls à 86.

Les jours suivants température normale.

Le onzième jour on enlève le dain.

Le douzième jour température $38^{\circ} 2$ le matin, normale le soir et tout rentre dans l'ordre.



OBSERVATION X

M^{me} B..., accouchée le 10 avril 1922. Entrée aux douleurs. Ecoulement des eaux au moment où la tête paraît. Placenta présentant un gros épaissement à l'une de ses extrémités. Le poids est du reste de 960 grammes. Gros noyaux hémorragiques anciens. Membranes très déchirées. Le placenta paraît complet.

Le 10 avril, au soir, température $39^{\circ} 5$, pouls à 120. On met le drain le soir même.

Le 11, au matin, on retire du vagin un lambeau de membrane de 5 cm² environ ; température 38° 8 ; le soir, 39°, pouls à 110.

Du 12 au 18 la température oscille entre 37° 4 le matin et 39° le soir, le pouls se maintient à 110. Le drain est bien placé, on ne fait rien de plus.

Le 18, au soir, 38°.

Le 19, au soir, 38° 4.

Le 20, température normale.

Le 22, on enlève le drain.

OBSERVATION XI

M^{me} C..., entrée le 29 mars avec le diagnostic d'infection puerpérale. Accouchée chez elle le 25 mars elle est restée quatre jours sans aucun soin.

A l'entrée, lochies jaunâtres, fétides, la pression sur la face antérieure de l'utérus qui est gros en augmente la quantité. Température 40° 6, pouls 140.

Prostition, faciès vultueux, langue sèche, mauvais état général. Hémoculture négative.

Le 30, matin, 39°, pouls 130. *Le drain est placé.* Le soir, 39° 6.

Le 31, matin, 39° ; soir, 40°.

Le 1^{er} avril, matin, 37° 4 ; soir, 39°.

Le 2, matin, 38° 1 ; soir, 37° 4.

Le 3 et le 4 température au voisinage de 38°.

Le 5, au soir, 39°, puis la température devient normale jusqu'au 15 avril où la malade présente un abcès du sein. Le drain n'est enlevé que le 29 avril. Il est donc resté en place un mois sans produire aucun accident local, comme le prouve l'examen des voies génitales fait à ce moment.

OBSERVATION XII

M^{me} P..., accouchée le 10 juin 1922.

Le neuvième jour, au soir, 38° 4, pouls à 80.

Le dixième jour, 37° 8 le matin ; 38° ° le soir. Les lochies sont rares et normales, non fétides. L'utérus est peut-être un peu plus gros qu'il ne devrait être. Comme rien autre n'explique cette température *on met un drain* après légère dilatation du col.

Le lendemain chute de la température.

OBSERVATION XIII

M^{me} F..., accouchée chez elle le 2 septembre 1922. La sage-femme fait rentrer cete malade parce que mauvais état général, grands frissons.

Le 4 septembre, à l'entrée, le soir, 37° 4, pouls à 140.

Le 5 septembre, soir 37° 8, pouls 140.

Le 6 septembre, soir 38° 2, pouls 130.

Le 7, au soir, 38° 8, pouls 130.

Le 8 septembre, la pression sur la face antérieure de l'utérus fait sortir par le col un demi-verre environ de lochies d'un gris rougeâtre, fétides. *On place le drain.*

Les 8, 9 et 10, la température descend progressivement.

Le 11 au soir, la température remonte à 38° 4. On constate que le drain n'est plus dans le col mais dans le vagin seulement. La veille, une infirmière inexpérimentée aurait, au cours d'un lavage vulvo-vaginal, trop enfoncé et surtout trop remué la canule à injection. On replace le drain.

Le 12, température normale.

Le 17, on enlève le drain.

OBSERVATION XIV

M^{me} G..., accouchée le 23 août 1922.

Le troisième jour, matin 37° 8, soir 39° 2, pouls 90.

Le quatrième jour, matin 38, pouls 85, soir 39° 1, pouls 85.

Le cinquième jour, matin 37° 9, pouls 108, pertes fétides et légèrement grisâtres. La pression sur la face antérieure

de l'utérus en facilite l'écoulement. *On place le drain.* Le soir, température 38°7, pouls à 100.

Le sixième jour, soir 38°2, pouls 68.

Le septième jour, température normale. On enlève le drain le dixième jour.

Observations personnelles de drainage employé après curage ou curettage sans aucune autre thérapeutique locale ou générale :

OBSERVATION XV

(Clinique des Alpes)

M^{me} G..., accouchée le 19 décembre 1922. Rétention placentaire.

Tentative d'extraction par curage, puis curettage; entre à la clinique le 22 décembre non délivrée. A l'entrée, température 37°9.

Le 23, matin 37°. On pratiqua un curage digital combiné au curettage; le soir, température 40, pouls à 100.

Le 24, matin 39°8, pouls 130; soir, 40°4, pouls 80. Pertes très fétides. *On place le drain.*

Le 25, matin 39°6, pouls 120; soir 39°8, pouls 130.

Le 26, matin 38°6, pouls 110; soir 40, pouls 130.

Le 27, matin 37°8, pouls 110; soir 39°8, pouls 120.

Le 28, matin 37°9, pouls 115; soir 38°6, pouls 120.

La température descend progressivement les jours suivants pour s'élever de nouveau à 39°6 le 31, la malade faisant une angine. Les pertes ne sentent presque plus. La température descend en lysis les jours suivants. On enlève le drain le 2 janvier sans qu'il se produise de modification dans la courbe descendante.

OBSERVATION XVI

M^{me} G..., entrée dans le service le 5 avril 1922. Accouchement gémellaire il y a quatre jours chez elle. Un mort-né.

Entre avec le diagnostic d'infection puerpérale et possibilité de rétention de membranes. Pertes rouge jaunâtre, abondantes et nauséabondes. On fait un curettage le jour même. La température est à 39°2 ce soir-là.

Le lendemain 40°4, et la température oscille entre 37°4 et 39°4 les trois jours suivants. Le pouls est au voisinage de 100. *On place alors le drain.* La température tombe aussitôt à 38°. Le lendemain, 37° matin, 39° soir, puis descente en lysis en trois jours.

OBSERVATION XVII

M^{me} Cl..., entre dans le service le 2 septembre 1922, le troisième jour après une fausse-couche, le placenta n'ayant pas été expulsé.

Le soir de l'entrée, la température est 38°.

Le 3 septembre, matin 37°6. On fait un curettage qui ramène un placenta malodorant. Le soir, 39°4, pouls à 100.

Le 4, matin 37°6, soir 37°6, pouls à 100.

Les 5, 6 et 7, température normale.

Le 8 au soir, la température monte à 38°6 et oscille entre 37°2 et 38°6 pendant trois jours. Les pertes sont fétides.

Le 12, *on place un drain*, la température est à 38°6 le soir.

Le 13 au soir, 37°8, puis température normale.

Le 16, on enlève le drain.

OBSERVATION XVIII

M^{me} Cas..., entrée le 21 novembre 1922 pour rétention placentaire et infection consécutive à une fausse-couche survenue il y a quatre jours.

Le soir de l'entrée, température 39°2.

Le 22, matin 38°3. Curettage qui ramène le placenta, le soir 40, pouls à 140.

Le 23, matin 38°8, soir 40°4, pouls à 140.

Le 24, matin 40, pouls 140. Pertes horriblement fétides. *On*

place un drain que l'on a de la peine à faire pénétrer dans le col. Le soir, 40, pouls 140.

Le 25, matin 38°6, soir 40°4, pouls 120.

Le 26, matin 37°8. On enlève le drain qui gêne la malade et l'on constate un point légèrement sphacélé au niveau de la partie droite du col. Le soir 38, pouls à 100.

Le 27, matin 37°8, soir 38, pouls à 100.

Le 28, matin 37°5, soir 37°9, puis température normale.

*Observations inédites dues à l'obligeance de Monsieur le
Professeur POTOCKI et de Monsieur le Docteur LEVANT,
Accoucheur des Hôpitaux de Paris.*

Nous possédons trente-neuf observations dans lesquelles le drain dilateur fut employé au cours de l'année 1922.

Dans un premier groupe de dix-neuf observations, le drainage par notre procédé a constitué la principale thérapeutique pour lutter contre l'infection utérine. Ce sont celles que nous publions ici.

Dans un deuxième groupe, on utilise différentes méthodes combinées à celle du drainage par le drain dilateur. Il est difficile dans ces cas de tirer une conclusion, c'est pourquoi nous ne relaterons pas ces vingt observations. Cependant nous signalerons que dans ce groupe figurent deux décès. Pour l'un le drain ne fut placé que le neuvième jour de l'infection, en même temps que l'on fit une injection intra-utérine, la mort survint deux jours après. Dans l'autre cas, il s'agit d'une femme arrivant dans le service avec un œuf infecté et une température à 39°5. Curage digital à l'entrée, le troisième jour injection intra-utérine, abcès de fixation, pose d'un drain. Décès le douzième jour après un curetage et un nouvel abcès de fixation.

OBSERVATION I

Mme X..., N° 856, du registre de la Maternité de Baude-locque. Accouchée le 15 avril. Présentation du front. Dégagement en M. P.

Le neuvième jour, matin 38°, pouls 80, soir 38°6, pouls à 100. Utérus douloureux. Lochies abondantes et fétides. *On place le dilatateur.*

Le lendemain température normale. Sort sur sa demande, le 30 avril, alors que les lochies sont encore abondantes et sanguinolentes.

OBSERVATION II

Mme N° 966, accouchée le 27 avril. Végétations vulvaires.

La température s'élève progressivement pour atteindre 38°6 le huitième jour, le pouls est à 115. Les lochies sont fétides, purulentes. Il y a en même temps une crevasse du mamelon. *On place le drain.*

Le neuvième jour, matin 38°2, pouls 104, soir 39, pouls 120. Lymphangite du sein.

Les jours suivants, la température descend progressivement, le drain est enlevé le quatorzième jour.

OBSERVATION III

M^{me} N° 1.002, accouchée le 30 avril.

Il est possible qu'il manque un petit morceau de placenta sur la face utérine.

Le quatrième jour, au soir, température 38°2, pouls 118.

Le cinquième jour, matin 38° 6, pouls 88. Anteflexion. Lochies louches. On met de la glace. Soir, 38°6, pouls 94.

Le sixième jour, matin 37°2, lochies louches fétides. *On draine.* La température reste normale. Le onzième jour, on enlève le drain.

OBSERVATION IV

Mme N° 1.257, accouchée le 27 mai. Légère hémorragie post-partum.

Le quatrième jour, au soir, 38°4, pouls 112.

Le cinquième jour, matin 37°7, pouls 80, soir 39°1, pouls 108. Antéflexion. Lochies rares.

Le sixième jour, matin 37°7, pouls 90. *On place le drain.* Soir 38°4, pouls 115.

Le septième jour, matin 37°6, pouls 92, soir 39, pouls 80.

Puis la température descend progressivement. Le treizième jour on enlève le drain.

OBSERVATION V

Mme N° 1277. Forceps en O.I.G.A. pour souffrance fœtale le 29 mai.

Le pouls oscille entre 100 et 120, la température s'élève progressivement jusqu'au 3 juin où elle atteint 39°2 le soir.

Le 2 juin, on a mis de la glace sur le ventre.

Le 4 juin, antéflexion, rétention de lochies. Crevasses du mamelon. *On place le drain*, la température n'atteint plus que 38° le soir et tombe progressivement dans la suite.

OBSERVATION VI

Mme N° 1400. Forceps. Délivrance artificielle le 9 juin. La température monte insensiblement pour atteindre 38° le neuvième jour au soir, le pouls est normal, mais les lochies sont rares et louches. L'utérus est antéfléchi, en le redressant écoulement lochial fétide. On fait une injection intra-utérine et *l'on place le drain* le dixième jour. La température descend progressivement.

OBSERVATION VII

Mme N° 1409. Accouchée le 10 juin. Le huitième jour, 38°6 le soir, pouls 96. Lochies purulentes. Le neuvième jour injection intra-utérine et drainage. Tout rentre dans l'ordre les jours suivantes.

OBSERVATION VIII

Mme N° 1340. Accouchée le 3 juin, fait un peu de lymphangite du sein au cinquième jour, la température reste à 37°5.

Le onzième jour, la température s'élève à 38°4, l'utérus est en antéversion, les pertes rares sont fétides. Le douzième jour on fait une injection intra-utérine.

Le douzième jour, la température est normale.

Le treizième jour, 39°8, pouls 120. *On place le drain.*

Le quatorzième jour, 38°8, pouls 100.

Le quinzième jour, la température tombe, puis se maintient à 37°.

OBSERVATION IX

Mme N° 1463. Accouchée le 16 juin.

Le troisième jour, au soir, 39°2, pouls 100. Antéflexion de l'utérus, rétention de lochies fétides. Glace sur le ventre.

Le quatrième jour, matin 37°7 ; le soir 39°4, pouls à 90.

Le cinquième jour 37°9 matin, pouls 104, 39° et pouls 100 le soir.

Le sixième jour, 37°9 matin, pouls 90. *On place le drain.* Soir 39°4, pouls 108.

Le septième jour, 38°2, soir 39°2.

Le huitième jour, 38° matin, 37°8 soir et la température continue à descendre progressivement.

OBSERVATION X

Mme N° 1476. Accouchée le 10 juin. Grossesse gémellaire. Enchatonnement du deuxième placenta, délivrance artificielle suivie de révision utérine et d'injection intra-utérine.

Le quatrième jour, le soir 38°4. Utérus douloureux, pertes fétides.

Le cinquième jour 37°6.

Le sixième jour 38°6 le soir. *On met le drain*, la température n'est plus qu'à 38°2 le lendemain soir, puis elle tombe à la normale. Le drain est enlevé le onzième jour.

OBSERVATION XI

Mme N° 1610. Accouchée le 2 juillet.

Le troisième jour, au soir, 38°, pouls 110.

Le quatrième jour, matin 38°, pouls 100, soir 38°, pouls 100.

Le cinquième jour, matin 38°, pouls 115, soir 39°, pouls 120.

Lochies fétides. *On met le drain*.

Le sixième jour 37°4, pouls 96, soir 38°4, pouls 100.

Le huitième jour au soir, la température est encore à 38°; on enlève cependant le drain, la température s'élève de nouveau à 40° le lendemain pour retomber à la normale le surlendemain.

OBSERVATION XII

Mme N° 1652. Accouchée le 6 juillet, rétention partielle de caduque.

Le troisième jour, escharres vulvaires, température 38°4 le soir, pouls 110.

Le quatrième jour, utérus douloureux, lochies grisâtres et fétides, 38°5 le soir.

Le cinquième jour, 37°2 matin, 38°7 le soir. *On met de la glace sur le ventre*.

Le sixième jour, matin et soir 38°2. *On fait une injection intra-utérine*.

Le septième jour, matin 38°, soir 38°8, pouls à 90.

Le huitième jour, matin 38°, soir 38°8. *On met le drain.*

Le neuvième jour, 38°-38°6.

Le dixième jour, 38°-38°9.

Le onzième jour, la température commence à descendre progressivement. On supprime le drain le seizième jour. La température s'était de nouveau élevée à 38° le treizième jour, mais la malade faisait une bronchite.

OBSERVATION XIII

Mme N° 1548. Accouchée le 25 juin.

Le soir de l'accouchement, pouls à 120. Température à 38°.

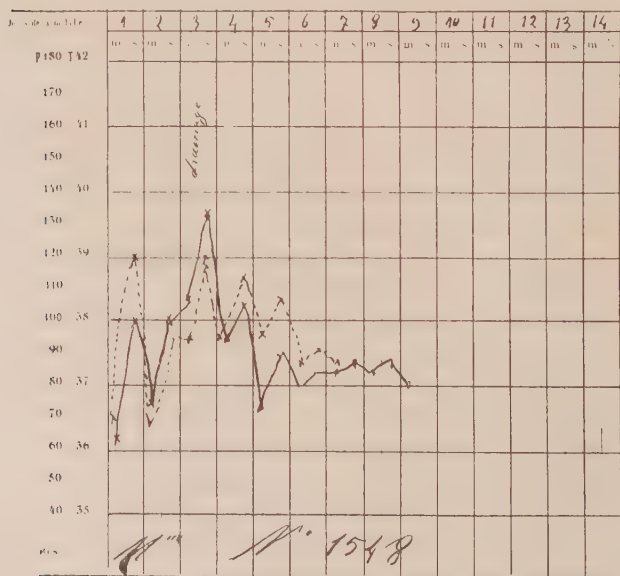
Le deuxième jour, matin 36°8, soir 38°, pouls à 96.

Le troisième jour, matin 38°4, soir 39°8, pouls 118. On place le drain.

Le quatrième jour, matin 37°8, pouls 98, soir 38°3, pouls 114.

Le cinquième jour, matin 36°8, pouls 98, soir 37°5, pouls 106.

Le sixième jour, tout rentre dans l'ordre.

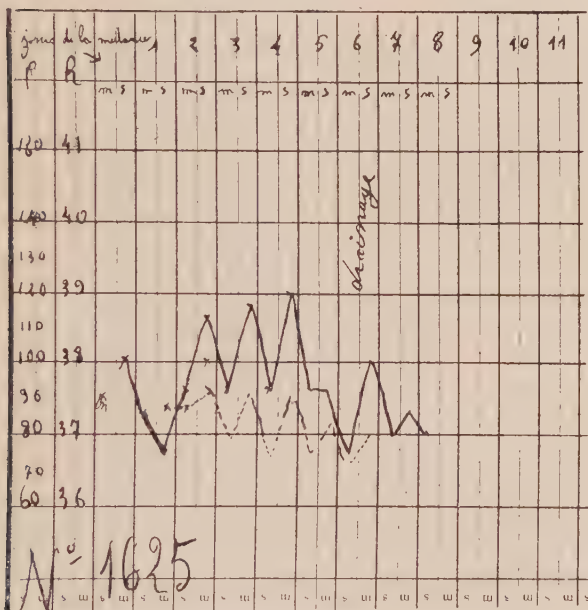


OBSERVATION XIV

M^{me} N° 1625, accouchée le 3 juillet. Rétention partielle de caduque, injection intra-utérine, glace sur le ventre. La veille de l'accouchement, température à 38°.

Le soir de l'accouchement 36°8, pouls 88.

Le deuxième jour : matin 37°6, pouls 88, soir 38°6, pouls 90.



Le troisième jour, 37°6-38°8.

Le quatrième jour, 37°8-39°.

Le cinquième jour, 37°6. On place le drain, le soir 37°6.

Le sixième jour, 36°8-38°.

Le septième jour, température normale.

OBSERVATION XV

M^{me} N° 1682, accouchée le 9 juillet.

Du troisième au cinquième jour, la température s'élève pour atteindre 39°2 sans modification du pouls.

Le sixième jour, col entr'ouvert, lochies très fétides. Utérus à six travers de doigt au-dessus de la symphyse. *On place un drain*, la température tombe à 37°9 le soir. Le lendemain elle est normale. Elle s'élève de nouveau à 38°4, puis descend progressivement à la normale.

OBSERVATION XVI

M^{me} N° 1842, accouchée le 24 juillet.

Le quatrième jour, au soir, température 37°8, pouls 90.

Le cinquième jour, 37°6-37°8, lochies fétides.

Le sixième jour, 37°6-38°2. *On place le drain*.

Le septième jour, 38°-38°1.

Le huitième jour, 37°6-37°6. Puis température normale. On enlève le drain le dixième jour.

OBSERVATION XVII

M^{me} N° 1923, accouchée le 31 juin. Liquide purée de méconium, rétention partielle de caduque.

Le premier jour, 38°1 le soir, pouls 90.

Le deuxième jour, 37°-37°6.

Le troisième jour, 37°-38°, pouls 70.

Le quatrième jour, 37°2-37°7. Lochies très fétides. On fait une injection intra-utérine.

Le cinquième jour, 37°4-38°2. *On met le drain*.

Le sixième jour, 37°5-38°6.

Le septième jour, 37°4-37°7, puis température normale. On enlève le drain le dixième jour.

OBSERVATION XVIII

M^{me} N° 1994, accouchée le 7 août.

Le troisième jour, au matin, 38°2, soir 37°6, pouls 106.

Glace sur le ventre, injection intra-utérine.

Le quatrième jour, $37^{\circ}2-38^{\circ}2$. Lochies fétides.

Le cinquième jour, $38^{\circ}-38^{\circ}$. Lochies très fétides. Utérus en antéflexion. *On met le drain.*

Le sixième jour, $37^{\circ}2-37^{\circ}6$ et la température descend progressivement. Le drain est enlevé le huitième jour.

OBSERVATION XIX

M^{me} N° 2082, accouchée le 18 août.

Le troisième jour, matin $37^{\circ}2$, soir 38° , pouls 100.

Le quatrième jour, $37^{\circ}8$ au matin. Rétention de lochies. Antéflexion. *On place le drain.*

Le cinquième jour, $37^{\circ}7-37^{\circ}7$.

Le sixième jour, $37^{\circ}6-37^{\circ}3$, puis température normale.

CONCLUSIONS

Le drainage de l'utérus, comme moyen de traitement de l'infection puerpérale, est employé depuis longtemps en France comme à l'étranger. Il constitue le traitement rationnel de l'endométrite puerpérale puisqu'il rétablit ou facilite l'écoulement des lochies septiques.

La plupart des procédés de drainage employés présentent des inconvénients graves ou légers ou demandent des techniques difficilement réalisables partout.

Le drain dilatateur que nous décrivons est d'une contention parfaite et nouvelle, grâce à son point d'appui vaginal, d'une simplicité extrême, d'un emploi facile qui permet son application aussi bien dans les services hospitaliers que dans la clientèle.

De plus, il draine non seulement les lochies septiques en maintenant la perméabilité du col, mais il lutte encore contre l'antéflexion utérine, facteur important de rétention.

Il suffit à lui seul et à l'exclusion d'autres thérapeutiques locales ou générales à amener une guérison rapide de l'endométrite puerpérale localisée. Dès qu'il s'agit de métrite généralisée ou parenchymateuse, comme tout autre procédé de drainage, il devient impuissant, mais n'est pas inutile.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COMMANDEUR.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 18 Janvier 1923

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

Traité classiques : TARNIER et BUDIN.
BUDIN et DEMELIN.
RIBEMONT.
BARD, BRINDEAU, CHAMBERLENT.

Précis : FABRE-DUBRISSAY.

- VUILLET. — *Bull. Ac. de Médecine*, 1886.
DOLORIS. — *Journal Méd. de Paris*, 1889.
MILTON. — *The lancet*, 17 oct. 1891.
MARION SIMS. — *American Journal of Obstetric*, 1892.
POLK. — *American Journal of Obstetric*, 1892.
FRY. — *American Journal of Obstetric*, 1892.
CHÉRON. — Drainage de la cavité utérine (*Thèse*, Paris 1892).
BONNAIRE. — *Semaine Médicale*, août 1892.
LEFOUR. — *Société Obst. et Gynéc.*, Paris 1891.
VARNIER. — De l'irrigation continue (*Revue Obst. et Pédiatrie*, 1894).
VITRAC. — *Thèse*, Bordeaux 1895.
PINARD et WALLICH. — *Traité de l'infection puerpérale*, 1896.
GOUZARTCHIK. — *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, février 1898 : Drainage capillaire de l'utérus dans les affections post-partum.

- BOUCHARD. — *Thèse*, Paris 1897.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1901.
- RAYMOND. — *Thèse*, Lyon 1902.
- MOUCHOTTE. — Le drainage de l'utérus dans la métrite aiguë puerpérale (*Revue pratiq. d'obst. et péd.*, oct. 1902 ; *Tribune médicale*, 1903 ; *Annales gyn. et obst.*, 1904).
- DEAVER. — *Philadelphie Medical Journal*, 1903.
- BACON. — *Journal of the American Association*, 1903.
- WETHERILL. — *Journal of the American Association*, 1903.
- FONTAILLES. — *Thèse*, Paris, 1904.
- DOLÉRIS. — Traitement de l'infection puerpérale (*Société d'obst., gyn. et péd.*, 13 nov, 1905 ; in *Bulletin général de thérapeutique*, 1905).
- PINARD. — Des interventions intra-utérines dans les suites de couches (*Annales gyn. et obst.*, 1905 ; *Revue pratique d'obst. et péd.*, 1905).
- CARNUS. — *Thèse*, Paris 1905.
- CLÉMENT. — *Thèse*, Paris 1907.
- SITZENFREY. — Ueber sauglihandlung der puerperalen endometritis : Sur le traitement par la ventousation de l'endométrite puerpérale (*Monats chr. f. Geb. u. gyn.*, xxx((, N° 3, sept. 1910).
- JOHN T. MACLACHLAN. — Importance du drainage dans les cas d'utérus infectés (*British Medical Journal*, 3 juin 1911).
- BERNY. — Traitement de la rétention des membranes par le drainage prophylactique, VI^e Congrès de gyn., obst. pédiatrie (In *Revue de Gynécologie*, 1911).
- COUVELAIRE. — Thérapeutique intra-utérine de l'infection puerpérale (*Journal des Praticiens*, 9 sept. 1911).
- M. J. O. POLACK. — Le traitement intra-utérin de l'infection puerpérale à la suite de l'avortement et de l'accouchement, xvii^e Congrès international de Médecine, 9 août 1913 (In *Revue gyn. et chir. abd.*, N° 5, 1^{er} nov. 1913).

- R. BECENO DI BENGUA. — Les traitements intra-utérins de l'infection puerpérale (*Revista de Medicina y cirugía practicas*, 21 nov. 1913).
- GOILOT. — *Thèse*, Paris 1917.
- WALLICH. — Parallèle entre l'infection puerpérale et quelques infections chirurgicales (*Presse Médicale*, 27 mars 1919).
- E. L. KING. — La non-intervention dans le traitement des infections puerpérales et post-abortives (*Journal of American Med. Assc.*, 17 juillet 1920).
- DOUAY. — Traitement de l'infection utérine pos-obortum (*Gyn. et Obst.*, 1920, tome II).
- LAURENCIE. — Considérations sur le traitement curatif de l'endométrite puerpérale (*Revue Méd. franç.*, 1^{er} juillet 1920).
- MICHON (Ed.). — Une nouvelle méthode de traitement des infections utérines par l'irrigation continue (*Gyn. et Obst.*, 1920).
- TRILLAT. — Traitement de l'endométrite puerpérale par la méthode de Carrel (*Société Gyn et Obst. de Lyon*, 3 déc. 1920 ; In *Bull. Soc. d'Obst et Gyn. de Paris*, 1920, page 517).
- VIGNE. — Thérapeutique intra-utérine de l'infection post-partum (*Gyn. et Obst.*, 1920, tome II, N° 3).
- G. H. JUDD. — Drainage de l'utérus après le travail, l'avortement, ou la menstruation et ses relations avec l'infection septique (*Michigan St Med. Soc.*, t. XIX, N° 5, mai 1920).
- DEMELIN. — Considérations sur l'anatomie de l'utérus avant, pendant la grossesse, accouchement et suite de couches (*Progrès Médical*, 3 sept, 1921).
- ANDERODIAS. — Trois années de traitement des infections puerpérales par injections discontinues au Carrel Dakin (*Gyn. et Obst.*, nov. 1921).
- DEMELIN. — Thérapeutique utérine de l'infection puerpérale (*Monde Médical*, 15 mai 1922).

CONSTANTIN DANIEL DE BUCAREST. — Diagnostic et traitement de l'infection puerpérale.

HERMITE. — Dilatateur à demeure dans le drainage des utérus infectés (In *Dauphiné Médical*, 1922).

POTOCKI. — Note sur le drain dilatateur Hermite (*Bull. Gyn. et Obst.*, N° 4, 1922).

CABANES. — Drain sonde utérin (*Société Gyn. et Obst. d'Alger* ; In *Bull. Gyn. et Obst. de Paris*, N° 3, 1922).

TABLE DES MATIERES

Chapitre I. — Considérations anatomo-pathogénique	9
Chapitre II. — Historique des procédés de drainage employés en obstétrique	13
Chapitre III. — Critiques des divers procédés de drainage	24
Chapitre IV. — Le drain dilateur	30
Chapitre V. — Indications du drain dilateur et aperçu clinique de l'endométrite puerpérale ...	42
Chapitre VI. — Observations	60
Bibliographie	62
